

Santé, maladie

(mise à jour décembre 2005)

- maladie
- invalidité, incapacité, réforme
- prévoyance, frais de santé
- mutuelle générale

paragraphes **en noir**, concernent tout le personnel

en rouge, uniquement les salariés de droit privé

en bleu, uniquement les fonctionnaires

Le congé ordinaire de maladie

concerne tout le personnel

GRH/L3 Ch2

Note GRH n°99.013

Règles générales

L'agent qui entame un congé de maladie est tenu de prévenir son chef d'établissement (en fait le RH ou responsable du service) au plus tard au début de la première vacation non assurée. Le certificat médical doit être adressé sans délai à l'établissement ; en cas de retard non justifié, l'agent peut être considéré en absence irrégulière. Pour les salariés de droit privé, le certificat médical doit être adressé à la caisse de sécurité sociale dans les 48 heures, et au RH pour pouvoir bénéficier de la subrogation (voir p.197).

Durée des congés de maladie

Le congé ne peut excéder un mois, durée renouvelable jusqu'à cinq fois dans les 6 premiers mois et, au-delà, par période de 3 mois renouvelable une fois. Toutefois, cette règle peut être assouplie en cas d'hospitalisation ou d'accident grave.

Les mois de congé ordinaire de maladie sont décomptés sur la période d'un an de date à date, cette période de référence se décalant ainsi, d'un jour chaque jour.

Un congé de maladie prescrit par une sage-femme à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique ne doit pas excéder 15 jours non renouvelables.

Le point de départ du congé se situe le jour où l'agent aurait dû assurer son service, et la fin du congé coïncide avec le dernier jour de la période de repos prescrite par le médecin. Les dimanches, jours fériés et jours de repos normaux comptent dans la durée du congé, sauf s'ils se situent au début de l'arrêt de travail.

Lorsque l'état maladif se déclare sur le lieu de travail et que l'agent quitte son service pour aller se faire soigner, on considère que la vacation est accomplie s'il a travaillé au moins une heure après la prise de service (ou au-delà de minuit en service de nuit). Le congé démarre alors le lendemain.

Si un agent tombe malade pendant ses congés, il conserve le droit à la

Sud

fraction inutilisée de ses congés.

Prolongation

Le point de départ de la prolongation est le jour situé immédiatement à la fin du congé précédent.

Contrôle médical et contrôle administratif

La direction s'est donnée comme objectif dès 2002 de réduire l'absentéisme. Dans la note intitulée « *réduire l'absentéisme à FT/SA* », on peut lire « *c'est l'en-cadrement qui sera la cheville ouvrière de ce plan d'action* ». Les dérapages s'accroissent. Tout en s'entourant de précautions d'écriture visant à éviter que les actions soient jugées trop répressives, l'entreprise lance un véritable arsenal : ne jamais régulariser d'absences irrégulières (c'est ainsi que de nombreux services ont vu disparaître la tolérance d'une journée d'arrêt sans certificat), demander des contrôles médicaux systématiques.

Pour s'assurer du bien fondé d'un arrêt de travail, le chef d'établissement ou le chef de service peut prescrire des contrôles.

Il faut distinguer ce qui relève du contrôle administratif de ce qui relève du contrôle médical (contenu de la pathologie soumis au secret médical, qui n'a donc pas à être révélé à l'employeur). Les assistants sociaux et les médecins de prévention et du travail, eux, peuvent bien sûr être informés par le salarié qui le souhaite, ces professionnels étant garants du secret.

Pour les salariés de droit privé

Contrôle administratif

Le contrôle administratif concerne le respect des horaires de sortie et du lieu déclaré comme résidence pendant l'arrêt maladie. Ce contrôle administratif est effectué par des agents assermentés du service médical de la sécu et porte sur le respect des horaires de sortie (10 à 12h ; 16h à 18h). En cas d'absence, la sécu est seule juge de la validité des raisons ayant motivé l'absence du salarié. Elle peut classer sans suite, procéder à un avertissement ou aller jusqu'au retrait des indemnités journalières. Les décisions de la sécu ne sont jamais portées à la connaissance de l'employeur.

maladie

L'employeur peut aussi procéder à ce contrôle à son initiative. En cas d'absence du salarié, l'employeur peut procéder à l'arrêt du versement des indemnités complémentaires mais ne peut pas influencer sur les versements des indemnités journalières de la sécurité sociale (IJSS).

Contrôle médical

La sécu peut également procéder à un contrôle médical à son initiative. Dans ce cas, le salarié est convoqué par un médecin conseil dans les locaux du contrôle médical, le médecin conseil ne se déplace au domicile du salarié que si la personne est inapte au déplacement. Ce contrôle porte sur l'état de santé du salarié et peut donner lieu à maintien en arrêt maladie ou non. L'employeur n'est pas informé de ce contrôle.

Le contrôle médical peut être effectué à tout moment, et même avant l'arrivée de l'arrêt de travail dans le service. Il peut être demandé au salarié de se déplacer pour un contrôle, même si l'arrêt prescrit est de courte durée. Le contrôle médical a obligatoirement lieu pour toute demande de prolongation d'arrêt maladie au-delà des 6 premiers mois.

Pour les fonctionnaires

Contrôle médical ou contre-visite

Décret 86-442 du 14 mars 1986 art 25

Le chef de service peut à tout moment, même avant l'arrivée de l'arrêt de travail dans le service, faire procéder à un contrôle médical par un médecin agréé appelé contre-visite. Le fonctionnaire doit obligatoirement s'y soumettre. Ce contrôle porte sur l'état de santé du fonctionnaire et peut donner lieu à maintien en arrêt maladie ou non. Le salarié peut faire intervenir à nouveau son médecin traitant qui peut prescrire un nouvel arrêt de travail.

Le manager n'a pas à vous questionner sur les raisons médicales de l'arrêt. Seul l'agent peut décider des informations qu'il donne à l'entreprise.

Contrôle administratif

Si l'employeur procède à un contrôle sur les heures de sortie, il ne peut entraîner ni sanction, ni retenue sur le traitement, le seul contrôle légal est la contre-visite. Le congé de maladie doit d'ailleurs être obligatoirement passé au domicile sauf en cas d'hospitalisation ou sur prescription médicale, et après acceptation de la demande par le chef d'unité.

 Rappelons, qu'en aucun cas, l'appel d'un manager à votre domicile, voir la visite, ne peuvent vous être opposés sur le respect des heures de sortie. Il est donc important de connaître ses droits : l'interruption du traitement, voire une sanction, n'est possible que si l'employeur peut prouver que l'agent s'est soustrait délibérément à la contre-visite. Une absence y compris en dehors des heures de sortie, ne peut à elle seule justifier une sanction.

Que faire lors des contrôles effectués par des sociétés privées ?

Aujourd'hui, France Télécom a parfois recours au service d'une société privée « *Securex* » qui emploie des médecins.

 Nous considérons ces pratiques comme tout à fait discutables et relevant nettement plus de la volonté d'impressionner et de réprimer que de règles clairement établies. Dans tous les cas, s'il y a conflit le résultat risque d'être l'arrêt du versement des indemnités dues par l'employeur. Ne pas hésiter à contacter un militant en cas de difficulté.

Ces médecins se présentent généralement au domicile de l'agent à la demande de France Télécom.

 Concernant les salariés de droit privé : nul, hormis les forces de l'ordre, ne peut entrer dans un lieu privé contre l'avis du résident. La sécu elle-même, lorsqu'elle procède à un contrôle médical, ne se déplace pas chez le salarié mais le convoque dans ses locaux (sauf en cas d'inaptitude au déplacement).

Concernant les fonctionnaires, seul un médecin agréé peut effectuer la contre-visite.

Entretiens de « réaccueil »

Comme outil complémentaire de management, France Télécom a mis en place le réaccueil au retour d'un congé maladie. Cette procédure consiste en un entretien, le jour du retour dans le bureau du manager, « *elle doit être valorisante pour le malade réel* » ; s'il s'agit du retour d'un salarié « *dont l'absence est manifestation abusive* », France Télécom conseille d'ajouter le N+2 et « *clairement indiquer qu'un comportement trop désinvolte est inadmissible* ».

Sur ce genre d'entretien, rappelons qu'une convocation dans le bureau suppose à minima que le motif de l'entretien soit préalablement donné, qu'il est possible de refuser surtout sur un terrain où l'entreprise franchit souvent la ligne blanche en voulant connaître les motifs de l'arrêt maladie, enfin, que si on y va, il vaut mieux être accompagné.

Reprise de service

concerne les fonctionnaires

Elle s'effectue normalement à l'issue du congé de maladie sauf après plus de 6 mois consécutifs, auquel cas la consultation du comité médical pour les fonctionnaires, appuyée par une contre-visite d'un médecin contrôleur, est obligatoire. L'agent doit alors formuler une demande accompagnée d'un certificat médical.

Le comité médical pour les fonctionnaires

Le comité médical est composé de médecins généralistes et spécialistes réunis par France Télécom. Si le comité médical conclut que l'agent est apte à reprendre ses fonctions, l'intéressé doit reprendre son service immédiatement. Cependant, l'agent a la possibilité de contester l'avis du comité médical en fournissant un nouveau certificat médical. Le comité médical va alors réexaminer le dossier.

Droit d'information

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

Dorénavant, toute personne a le droit de connaître l'ensemble des éléments de son dossier médical. Ces informations sont communiquées à l'intéressé soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. La présence d'une tierce personne peut être recommandée par la personne ayant établi les informations lors de la consultation.

Salariés de droit privé à petit temps partiel

La sécurité sociale ne prend pas en charge les prestations maladie et invalidité pour les personnels qui travaillent moins de 200 heures par trimestre. A France Télécom, ils bénéficient d'un régime spécial à la charge de l'entreprise leur permettant une indemnisation de la part sécurité sociale en plus du régime de prévoyance et frais de santé qui concernent tous les salariés de droit privé du groupe (voir p.210).

Sud

Le congé longue maladie (CLM), le congé longue durée (CLD), le congé de grave maladie

Code de la sécurité sociale Art. L. 324-1

CLD et CLM : conditions d'attribution

concerne les fonctionnaires

Le CLD n'est accordé que pour le traitement de 5 affections graves (tuberculose, maladies mentales, affections cancéreuses, poliomyélite et sida) tandis que le CLM peut être accordé pour de nombreuses autres affections graves qui interdisent la poursuite de l'activité professionnelle pour préserver la santé de l'agent. La liste officielle n'est d'ailleurs pas exhaustive, tout se décide sur la base du dossier médical.

Le dossier d'un CLD pour maladie imputable au service est toujours soumis au comité médical supérieur.

Durée et renouvellement

La durée maximale d'un CLD est de 5 ans (3 ans à plein traitement et 2 ans à demi-traitement) ou de 8 ans si la maladie est imputable au service (5 + 3), tandis que la durée maximale du CLM est de 3 ans (1 an à plein traitement et 2 ans à demi-traitement). L'un et l'autre sont renouvelables par périodes maximales de 6 mois.

Après l'épuisement de la période de 3 ans, un nouveau droit à CLM n'est réouvert qu'après une période d'activité, continue ou non, au moins égale à un an.

Situation administrative

Lorsqu'un agent est en congé de maladie de plus de 12 mois, son poste est déclaré vacant.

Il peut être nécessaire de se faire aider d'un assistant social et d'un syndicat pour faciliter la réintégration à la fin de la période de maladie.

Règles communes au CLM et CLD

- Les droits au supplément familial de traitement, ainsi qu'à l'indemnité de résidence sont maintenus pour la totalité. Les indemnités liées à la fonction et le CFT sont perdus.
- Les droits à l'avancement, à la promotion et à la retraite, sont maintenus.

Sud

maladie

- L'agent est replacé à temps plein s'il exerçait ses fonctions à temps partiel. Lors de la réintégration, la reprise à temps partiel est possible si la période initialement octroyée n'est pas terminée, sinon il y a reprise à temps plein.

- Il n'y a pas de prise en compte des durées de CLM et CLD pour le calcul des droits à congé ordinaire de maladie.

Renouvellement

C'est le chef de service qui prend la décision après contre-visite par un médecin agréé et avis du comité médical et le cas échéant du comité médical supérieur. L'agent a la possibilité de contester un avis négatif du comité médical, pièces médicales à l'appui.

La période débute le jour de la première constatation de la maladie.

Obligations

- Cesser tout travail rémunéré, seules pouvant être admises les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation et à la condition que le total des émoluments perçus ne dépasse pas le traitement d'activité ;

- notifier ses changements de résidence successifs ;

- se soumettre aux prescriptions que son état nécessite sous le contrôle du médecin agréé spécialiste ou du comité médical. Le refus répété de se soumettre aux contrôles peut entraîner la suspension du traitement.

Congé de grave maladie

concerne les salariés de droit privé

Pour bénéficier de ce congé, le salarié de droit privé doit avoir 3 ans d'ancienneté. Les maladies concernées sont les mêmes que celles qui autorisent le congé de longue durée. La période maximale est de 3 ans. Le salaire est versé dans son intégralité pendant 6 mois, il est réduit de moitié pour les 30 mois suivants. La base de calcul de l'indemnisation est identique à celle du congé maladie.

Quand l'agent reprend son service en continu pendant 1 an, il recouvre les mêmes droits au congé de grave maladie.

Reprise de service

La demande de réintégration accompagnée d'un certificat médical doit parvenir à la direction un mois et demi avant l'expiration du congé ou en cours de période pour une reprise anticipée. L'agent ne sera autori-

maladie

sé à reprendre son service qu'après avis favorable du médecin agréé spécialiste et du comité médical pour le personnel fonctionnaire.

Une autorisation d'absence peut être accordée, sous réserve des nécessités de service, pour chaque visite de contrôle.

Indemnisation pendant la maladie

Subrogation

concerne les salariés de droit privé

Note GRH n°99.094

La subrogation permet à France Télécom de faire au salarié absent l'avance des indemnités journalières de sécurité sociale. L'employeur est subrogé par le salarié dans ses droits aux indemnités. Une autorisation doit être remplie par le salarié.

Indemnités journalières pour les salariés de droit privé

*Convention collective nationale des
télécommunications
Accord prévoyance*

Après 6 mois d'ancienneté, le salaire est pris en charge et l'indemnité est calculée sur la base du salaire net.

congé	durée	indemnisation	prévoyance
maladie	jusqu' à 45 jours du 46ème au 105ème jour compris	100% du SGB 75% du SGB	25%
grave maladie	6 mois 30 mois	100% du SGB 50% du SGB	50%

Indemnisation pour les fonctionnaires

congé	indemnisation	durée	pour les adhérents Mutuelle Générale
congé ordinaire	plein traitement + CFT 1/2 traitement +1/2 CFT	3 mois 9 mois	40% du traitement *
congé longue maladie	plein traitement 1/2 traitement	1 ans 2 ans	40% du traitement *
congé longue durée	plein traitement 1/2 traitement	3 ans 2 ans	40% du traitement *
disponibilité pour maladie	1/2 traitement	3 ans	45% du traitement *

* plafonné à l'indice 825

Sud

Accidents de travail et de service, maladies professionnelles

Peuvent bénéficier de la législation sur les accidents de service ou de travail (terminologie employée pour les salariés de droit privé), les agents victimes d'un accident ou d'une agression survenus par le fait ou à l'occasion du service, sur le lieu et pendant le temps de travail.

Les accidents de service et de travail

Un accident de trajet est considéré comme accident de service ou de travail, s'il est survenu sur le trajet le plus direct d'aller ou de retour entre :

- le lieu de travail et la résidence principale (ou secondaire présentant un caractère de stabilité) ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial ;
- le lieu de travail et le lieu où l'agent prend habituellement ses repas.

Le trajet commence et se termine au moment où l'agent franchit les limites de sa propriété privée.

Doit être considéré comme trajet normal celui qui conduit l'agent à l'école, crèche ou autre institution où il a conduit ou va chercher ses enfants, à l'hôpital s'il va visiter quotidiennement un proche.

La démarche à suivre

La réalité de l'accident doit être établie autrement que par les seules déclarations de la présumée victime. De nombreux cas de refus étant liés au manque d'information des agents, il importe de garder toujours à l'esprit les quelques règles suivantes :

- établir la déclaration immédiatement (sauf cas de force majeure) ;
- noter avec précision les coordonnées des témoins pour pouvoir recueillir leur témoignage écrit ;
- ne jamais hésiter à utiliser toutes les voies de recours possibles ;
- au moment de la réintégration, surtout si elle est anticipée par décision du contrôle médical, faire toute réserve sur la certitude de la consolidation définitive, ceci afin de conserver le bénéfice des mêmes dispositions en cas de rechute.

L'intervention d'un médecin ou des pompiers sur le lieu de l'accident n'est pas obligatoirement considérée comme une preuve.

La reconnaissance des accidents de travail devient de plus en plus tatillonne. Il est désormais fréquent de voir le bénéfice de ces dispositions refusé pour des motifs ahurissants : mise en cause de l'honnêteté des témoignages apportés (s'agissant souvent de collègues ou de voisins) par exemple. Le but est bien évidemment de dispenser l'employeur d'assumer les frais médicaux qui en découlent en lieu et place de la sécurité sociale et des mutuelles.

Les droits

Par rapport aux règles régissant les congés de maladie de toute nature, la reconnaissance d'un accident de service ou de travail apporte les droits suivants :

- aucune influence sur le calcul des droits à congé ordinaire de maladie, congés annuels, sur l'appréciation, l'avancement ;
- droit au remboursement intégral des frais relatifs aux soins nécessités par l'accident ;
- remboursement des frais d'optique : référence au coût des verres de qualité égale à ceux qui ont été détruits, monture pour un prix forfaitaire (à signaler que ce remboursement n'intervient dans ce cadre que lorsque le bris de lunettes s'accompagne d'une atteinte corporelle) ;
- remboursement des frais de prothèse dentaire après avis favorable du médecin agréé spécialiste.

Les obligations de l'agent diffèrent également quelque peu de la règle concernant le congé ordinaire de maladie : s'il doit se soumettre aux visites de contrôle éventuellement décidées par le chef de service, il n'est pas astreint à respecter les heures de sortie, même s'il doit évidemment « se comporter comme une personne soucieuse du rétablissement de son état de santé ».

Accidents de services pour les fonctionnaires

Le chef de service prend la décision de reconnaissance de l'accident de service après consultation éventuelle de la commission de réforme. L'agent est informé, par lettre recommandée avec avis de réception, de la décision de France Télécom qui doit être motivée en cas de rejet et indiquer les voies et délais de recours, et ce, que la commission de réforme ait été ou non consultée. Dans un délai de 2 mois à compter de la date de la notification de la décision qui a prononcé le rejet, l'agent

maladie

peut établir un recours contentieux devant le tribunal administratif.

La réintégration

Elle a lieu lorsque l'agent est en mesure de présenter un certificat de guérison ou de consolidation délivré par le médecin traitant.

L'agent qui n'est pas consolidé ou guéri ou qui doit suivre des séances de rééducation fonctionnelle peut reprendre ses fonctions à mi-temps thérapeutique. Dans ce cas, il bénéficie de son plein traitement tout en étant utilisé pour une durée de travail correspondant à la moitié d'un service à temps complet, toujours calculé sur la journée. (voir p.202)

Pour les salariés de droit privé

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider d'une enquête dans un délai de 60 jours pour contester l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie, et convoquer l'agent à une expertise médicale. Une rente peut être versée par la caisse primaire d'assurance maladie si le salarié présente une incapacité permanente partielle.

Maladies professionnelles

Un certain nombre de maladies figurent au tableau des maladies professionnelles de la sécurité sociale. On peut citer les maladies de l'amiante, le tétanos, les maladies provoquées par certains gestes et postures de travail répétés ou troubles musculo-squelettiques, par le port de charges lourdes.

Si la maladie professionnelle est reconnue (après consultation de la commission de réforme), la prise en charge est spécifique.

En cas de besoin

Les assistants sociaux peuvent être contactés en cas de difficulté. Par ailleurs, des associations existent si vous en avez besoin :

- l'APCLD, Aide aux agents en congé de longue maladie ou longue durée : 45/47 avenue Laplace 94117 Arcueil Cedex, 01 49 12 08 30.
- Amité Poste & France Télécom, aide et prévention contre l'alcoolisme, 55 rue Oudiné 75013, 01 53 79 61 61.

Prévenir les suicides et les dépressions

Ces dernières années, les situations de souffrance au travail ont parfois contribué à déstabiliser très fortement certains collègues.

Nous exigeons de France Télécom une politique de
prévention des suicides qui pourrait, entre autres, se
manifester par une remise sur pied du réseau des
assistants sociaux.

Que faire en cas de séropositivité ?

Tout agent séropositif ou malade peut contacter le service social dans des conditions de discrétion totale et expliquer sa situation. L'assistant(e) social(e) sera en contact direct avec le comité médical ou les responsables pour, par exemple, proposer un changement de poste, des aménagements horaires ou encore l'attribution d'un congé de longue ou grave maladie d'une durée maximale de trois ans.

Il ne faut pas hésiter à intervenir auprès des services
sociaux et demander l'intervention du syndicat.

Le mi-temps thérapeutique

En cas de difficulté à la reprise du travail, il est possible de demander à travailler à temps partiel.

Pour les fonctionnaires

Lors de sa réintégration à l'issue d'un CLM, CLD, accident de service ou maladie professionnelle, le fonctionnaire peut bénéficier, sur décision du comité médical, de facilités de service accordées par périodes de 3 mois renouvelables, ou d'un service à mi-temps thérapeutique. Ces deux avantages sont cumulables. Le mi-temps est accordé pour une période de 6 mois, renouvelable une fois en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle. L'agent perçoit l'intégralité de son traitement, sauf s'il était déjà à temps partiel avant l'accident ou la maladie. Dans ce cas, il percevra ce qu'il percevait à cette période.

Pour les salariés de droit privé

Les salariés de droit privé ont aussi la possibilité de travailler à temps partiel. La reprise du travail doit être médicalement prescrite par le médecin traitant, et il faut l'accord du médecin du travail. Le contrôle médical de la sécurité sociale fixe la durée et le montant des indemnités journalières maintenues. La période d'indemnisation ne peut pas être supérieure à 3 ans.

Reclassement, inaptitude

L'inaptitude

concerne les salariés de droit privé

Code du travail, Art. L.122-24.4 et L.122-32.5

Pour des raisons de santé, le salarié peut être reconnu inapte à occuper son emploi habituel. Dans un avis d'inaptitude, le médecin du travail désigne par écrit les tâches que l'agent ne peut plus accomplir. L'avis d'inaptitude interdit à l'employeur d'occuper le salarié à son poste de travail et provoque la suspension du contrat de travail. Le reclassement par France Télécom est obligatoire.

Au cours de la recherche de reclassement, le contrat de travail est suspendu, mais au bout d'1 mois après l'avis d'inaptitude, l'employeur est tenu de verser l'intégralité de son salaire à l'agent.

invalidité, incapacité, réforme

Commission des 3R (reclassement, réorientation, réadaptation) pour les fonctionnaires

Cette commission est composée de directeurs régionaux, d'établissement, médecins de prévention et assistants sociaux. Elle siège pour les fonctionnaires, pour étudier en cas d'inaptitude, les possibilités de trouver des postes compatibles avec l'état de santé de l'agent.

En cas d'impossibilité de reprise du travail

concerne les fonctionnaires

Situation à l'expiration des droits

Lorsqu'à l'expiration de ses droits, l'agent est déclaré inapte à reprendre son service, son cas est soumis à la commission de réforme qui se prononce sur l'une des trois possibilités suivantes :

- reclassement dans un autre emploi ;
- mise en disponibilité d'office pour maladie (s'il est inapte temporairement) ;
- mise à la retraite pour invalidité (s'il est inapte définitivement).

Mise en disponibilité d'office pour maladie

A l'issue des droits à CLM (3 ans pour la maladie) ou CLD, la mise en disponibilité d'office est prononcée par période maximum d'un an, renouvelable 2 fois sur avis du comité médical, et exceptionnellement 3 fois sur avis de la commission de réforme.

Cette situation maintient la qualité de fonctionnaire mais suspend les droits à traitement, avancement et retraite. Si, à la fin de la période autorisée, l'agent n'est toujours pas apte à reprendre ses fonctions, il peut être admis à la retraite d'office, radié des cadres ou reclassé en tant que fonctionnaire handicapé.

Sur les prestations permettant de remplacer les pertes de traitement voir p.199.

L'invalidité

Pour les salariés de droit privé

Code du travail Art. L.122-14

S'il y a constat d'invalidité (réduction stabilisée de la capacité de travail ou épuisement des droits à indemnités journalières) par le médecin-

Sud

invalidité, incapacité, réforme

conseil de la sécurité sociale, la pension d'invalidité prend le relais des indemnités journalières (50%, pour la catégorie 2, du salaire plafonné, en moyenne sur les 25 meilleures années) avec un complément à 50% du régime de prévoyance. Cette pension est versée jusqu'à l'âge du départ en retraite.

Le licenciement d'un salarié pour invalidité

Code du travail, Art. L.122-32.6 et L.122-32.7

En cas d'impossibilité de procéder au reclassement ou en cas de refus du salarié, il peut y avoir licenciement. Suivant le cas, l'indemnité de licenciement pourra être doublée. Si France Télécom n'a pas respecté l'obligation de reclassement, il peut y avoir obligation de verser à l'agent une indemnité au moins égale à 12 mois de salaire.

Pour les fonctionnaires

La pension d'invalidité est accordée sur avis de la commission de réforme :

- groupe 1 : 30% du traitement indiciaire et de l'indemnité de résidence ;
- groupe 2 : 50% du traitement indiciaire et de l'indemnité de résidence ;
- groupe 3 : 30% du traitement indiciaire et de l'indemnité de résidence et majoration tierce personne (concerne les agents qui ont besoin de l'assistance d'une autre personne).

S'y ajoutent éventuellement le supplément familial et les prestations familiales. Les adhérents à la Mutuelle Générale bénéficient d'une indemnisation complémentaire pouvant compenser jusqu'à 60% du traitement plafonné à l'indice 825.

Radiation des cadres du fonctionnaire

Décret 65-773 du 9 sept. 1965

Pour un fonctionnaire, il peut y avoir radiation des cadres d'office pour invalidité, dans ce cas les droits à pension sont ouverts.

Les compétences de la commission de réforme

concerne les fonctionnaires

La commission siège pour émettre un avis

- sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une lésion :
 - systématiquement lorsque le chef de service émet un avis défavorable ou que l'accident a provoqué un premier arrêt de travail d'au moins 8 jours ;

Sud

invalidité, incapacité, réforme

- occasionnellement lorsque l'arrêt de travail initial est inférieur à 8 jours ;
- sur l'examen d'une rechute d'un accident antérieur ;
- en cas de désaccord entre le médecin traitant de la victime et le médecin contrôleur ;
- sur l'octroi d'une incapacité permanente partielle (IPP) ;
- sur l'octroi d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) ;
- sur la mise à la retraite par anticipation et la fixation du taux d'invalidité.

Fonctionnement de la commission

La commission doit être saisie de tous les témoignages, rapports, et constatations propres à l'éclairer sur les processus de la maladie ou les circonstances de l'accident. Seuls les médecins ont accès au dossier médical de l'agent. Celui-ci peut en demander communication à son médecin traitant.

La commission de réforme a la possibilité de procéder à toute mesure d'instruction qu'elle juge nécessaire.

Elle peut faire comparaître l'agent dont elle instruit le cas. Celui-ci peut toujours produire des notes écrites ou des certificats médicaux. Il peut se faire assister d'un médecin de son choix.

Délais et informations

Le fonctionnaire doit être informé au moins 10 jours avant la réunion de la commission de réforme, par lettre recommandée avec accusé de réception, qu'il a la possibilité de consulter son dossier. Il peut se faire accompagner d'un expert. Il peut faire des observations écrites, ces pièces sont ajoutées au dossier.

La consultation de la commission de réforme

La commission de réforme est constituée par le comité médical, le président désigné par France Télécom, le chef de service ou son représentant, le contrôleur financier, 2 représentants du personnel (éventuellement nommés par la CAP nationale).

Le comité médical est constitué de 1 ou 2 médecins agréés par France Télécom et éventuellement d'experts (spécialistes de l'affection dont souffre l'agent).

invalidité, incapacité, réforme

Lorsque chaque membre a pu exprimer son point de vue, il est procédé à un vote au cours duquel chacun se prononce pour ou contre l'octroi de la législation. Ce vote détermine l'avis du comité médical.

La décision de France Telecom

Elle est prise par le chef de service et est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Le chef de service est libre de ne pas suivre l'avis émis par le comité médical siégeant en commission de réforme. Toute décision défavorable doit être motivée.

Le recours

- Le recours gracieux : dans un délai de 2 mois après la notification, l'agent adresse une requête au président de France Télécom. Cette requête doit être motivée et accompagnée de pièces susceptibles de l'étayer.

- Le recours contentieux : il s'agit d'un recours exercé devant le tribunal administratif du domicile de l'agent. Celui-ci adresse une requête au secrétariat du tribunal accompagnée des pièces justifiant les motifs qu'il invoque. Le délai de saisie est de 2 mois après la notification initiale ou le rejet du recours gracieux. Le jugement du Tribunal administratif est susceptible d'appel devant le conseil d'état.

Les droits que peut accorder

la commission

Les prestations en nature :

- les frais médicaux
- les frais pharmaceutiques et d'analyses
- les frais chirurgicaux
- les appareils de prothèse ou d'orthopédie
- les frais de cure thermale
- les frais de réadaptation fonctionnelle
- les frais de déplacement de la victime et le cas échéant de l'accompagnateur.

Les prestations servies au titre de l'incapacité temporaire de travail (ITT) :

- le maintien à plein traitement jusqu'à la reprise de fonction ou la mise à la retraite ou à la date de consolidation.
- la pension d'invalidité : la mise à la retraite d'office ne peut interve-

Sud

nir avant un délai d'un an à compter de la mise en congé pour accident de service.

Consolidation et guérison

L'agent conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à la constatation de son aptitude à reprendre le travail. Cependant si l'agent ne reprend pas son travail, le paiement des prestations en espèces cesse dès que son état de santé s'est stabilisé, c'est à dire dès que ses blessures sont guéries ou consolidées. C'est à cette date de consolidation ou de guérison que sera évalué le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) justifiant l'attribution éventuelle de prestations à ce titre.

La guérison consiste en la disparition des lésions traumatiques occasionnées par l'accident. Elle ne laisse subsister aucune IPP sauf cas de rechute.

La consolidation, c'est le moment où la lésion se fixe et prend un caractère permanent sans possibilité d'amélioration notable. L'état diminué de la victime devient définitif et se concrétise par une IPP.

Réparation de l'incapacité permanente partielle (IPP)

Le fonctionnaire atteint d'une IPP suite à un accident de service peut prétendre au bénéfice soit d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI), soit d'une rente viagère d'invalidité assortie à sa pension en cas de mise à la retraite par anticipation.

L'ATI est attribuée au fonctionnaire atteint d'une IPP au moins égale à 10% et en état de reprendre son travail. Il doit en faire la demande dans un délai d'un an après la notification de l'IPP.

Le montant de l'ATI est calculé en affectant le traitement annuel correspondant à l'indice 175 du pourcentage d'invalidité reconnu.

La rente viagère d'invalidité est versée au fonctionnaire mis à la retraite par anticipation. Elle se cumule avec la pension. Mais le total de la rente viagère et de la pension ne peut pas dépasser le traitement indiciaire servant au calcul de la pension.

La pension civile d'invalidité est versée jusqu'à 60 ans à un fonctionnaire mis à la retraite par anticipation. Après 60 ans il perçoit sa retraite.

prévoyance, frais de santé

La prévoyance et les frais de santé pour les salariés de droit privé

concerne les salariés de droit privé

*Accord cadre prévoyance 27 février 2001 et
avenant d'avril 2005*

*Accord prévoyance FT SA 31 mai 2001
Accord d'entreprise*

Deux accords « Prévoyance/Complémentaire maladie » ont été signés en 2001 : un accord cadre pour les salariés de droit privé du groupe France Télécom, et un accord propre à la maison mère qui traite de la répartition des cotisations entre employeur et salarié.

La fédération SUD a adhéré à l'accord groupe en 2005, considérant qu'il donnait des garanties importantes en matière de santé au personnel .

- Le régime est obligatoire. Il couvre tous les salariés. Ils ne sont plus couverts s'ils quittent l'entreprise (sauf adhésion volontaire à la Mutuelle Générale pour les frais de santé à un tarif spécifique). Les enfants sont couverts ainsi que les conjoints qui ne travaillent pas. Les conjoints qui travaillent et veulent bénéficier du régime « frais de santé » peuvent adhérer pour la somme de 50 € mensuels (tarif au 1er juillet 2004).

- Le régime donne lieu à participation de l'employeur ; les cotisations salariales sont prises sur le salaire et versées à l'organisme par l'employeur. Par ailleurs, les cotisations salariales et patronales ne sont pas imposables comme dans tout régime obligatoire.

Dans certaines filiales, la participation de l'employeur prenait la totalité des frais. Il est important de compenser la perte quand les personnels de ces entités rejoignent la maison mère.

- Contrairement aux fonctionnaires dont l'adhésion est volontaire et facultative, tous les salariés de droit privé dont l'ancienneté est de 6 mois sont affiliés au régime obligatoire. Les prestations sont acquises dès l'affiliation. En sont exclus les salariés du groupe d'emploi A qui effectuent moins de 40 heures de travail par mois (MONET).

La fédération SUD a demandé que les salariés en CDD aient le choix de l'affiliation.

Sud

prévoyance, frais de santé

Les organismes gestionnaires

La Mutuelle Générale et la Capricel sont co-assureurs de l'accord. La gestion est partagée, la MG gérant la « complémentaire maladie », la Capricel gérant la « prévoyance ». La Capricel est une caisse de prévoyance appartenant au groupe Magdebourg, institution regroupant des organismes spécialisés dans la prévoyance, la retraite ou la maladie.

De nombreuses discussions ont lieu en ce moment sur l'avenir de la protection sociale. Les décisions à venir affecteront sans aucun doute tant les mutuelles que les régimes obligatoires. C'est déjà le cas, lorsque le gouvernement décide de dérembourser partiellement certains médicaments.

Le régime de prévoyance

Cotisations

France Télécom verse 60% de la cotisation, et le salarié 40%. Ces cotisations sont défiscalisées. Le taux d'appel est de 90% des cotisations.

	France Télécom	Salariés
Tranche A	1 %	0,66 %
Tranches B et C	1,11 %	0,74 %

(Pour les tranches voir chapitre rémunération).

Arrêt de travail

Le régime de prévoyance assure des garanties complémentaires à celles prévues par la sécurité sociale, et couvre les compléments de salaire et les frais afférents à la perte de salaire causée par un décès, une incapacité, une invalidité, un arrêt de travail pour congé ordinaire de maladie ou congé de grave maladie. Pour l'indemnisation voir p.197.

Incapacité, invalidité, décès

Convention collective nationale des télécommunications

Le régime prévoit des garanties pour le décès du salarié, d'un proche, les frais d'obsèques. Les salariés ont le choix, à apprécier en fonction de leur situation familiale, entre 4 équivalences pour la même cotisation : une équivalence moyenne des garanties (A), une équivalence capital (B), une équivalence rente de conjoint (C), rente pour enfant (D).

Sud

prévoyance, frais de santé

Le régime « frais de santé »

Le régime complémentaire maladie assure la partie non couverte par la sécurité sociale en matière de dépenses de soins de santé, et permet ainsi de couvrir tout ou partie de la dépense réelle. Pour bénéficier de celui-ci, les salariés doivent être présents depuis 6 mois dans le groupe France Télécom (ou présenter un certificat de radiation de moins de 3 mois d'un autre organisme quand ils y ont été affiliés).

Cotisations

France Télécom verse 60% de la cotisation, et le salarié 40%. Ces cotisations sont défiscalisées.

France Télécom	Salariés
1,956% de la Tranche A du salaire avec un mini de 0,85% du plafond de la tranche A	1,3% de la Tranche A du salaire avec un mini de 0,57% du plafond de la Tranche A
Pour l'Alsace-Moselle	
1,368% de la Tranche A du salaire avec un mini de 0,6% du plafond de la tranche A	0,912% de la Tranche A du salaire avec un mini de 0,4% du plafond de la Tranche A

Le contrat est de « type familial » puisqu'il couvre automatiquement, sans cotisation supplémentaire, les enfants à charge et le conjoint s'il est à charge. Les prestations offertes sont d'un niveau équivalent au niveau 3 de la MG.

Prestations

	parcours médical respecté enfant de moins de 16 ans	hors parcours médical
Frais de maladie visites : - généraliste - spécialiste	100% des frais réels dans la limite de : 300% du rembours. SS 400% ”	80% des frais réels dans la limite de : 200% du rembours. SS
analyses, pratique médicale courante, électrothérapie, radiologie, soins par auxiliaires médicaux	100% frais réels limité à 400% du remboursement SS (hors participation forfaitaire de 1 euro)	80% des frais réels dans la limite de 200% du remboursement SS
prothèses auditives	100% des frais réels limité à 540% du remboursement SS	
prothèses médicales, orthopédie	100% des frais réels limité à 400% du remboursement SS	
ostéodensitométrie	100% dans la limite de 31 euros par an	
pharmacie remboursée par SS	100% des frais réels dans la limite du TFR (génériques)	

Sud

Cures thermales acceptées par SS	1% du plafond mensuel de la sécu*/jour dans la limite de 21 jours
Maternité (y compris hospital) frais de maternité ou d'adoption	forfait à 40% du plafond mensuel de la SS*/enfant (exclut tout autre remboursement)
Optique Verres : - complexes - moyens - simple	100% des frais réels dans la limite de : 20% du plafond SS* 15% du plafond SS* 12% du plafond SS* limitation à 2 verres par personne par an (4 pour enfants)
Lentilles remboursées par SS	100% des frais réels limité à 15% du plafond SS* ***
Lentilles refusées, jetables	100% des frais réels limité de 10% du plafond SS* ***
Montures	90% des frais réels limité à 6,5% du plafond SS* ***
Chirurgie réfractive	100% des frais réels limité à 24% du plafond SS* par œil
Frais dentaires - soins dentaires	100% des frais réels limité à 300 du rembourse. SS
Prothèses dentaires - dents de devant - dents du fond	400% du montant remboursé par la SS 250% du montant remboursé par la SS
Orthodontie acceptée	100% des frais réels limité à 350% du rembourse. SS
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant -16ans) refusée par la SS - dents de devant - dents du fond - orthodontie	80% des frais réels dans la limite de : 316 euros 197 euros 580 euros par semestre
Implants dentaires	100% des frais réels limité à 28% du plafond SS*
Frais d'hospitalisation - chirurgie, médecine - forfait hospitalier - frais de transport terrestre - chambre particulière - personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100% des frais réels dans la limite de 400% du remboursement de la SS 100% des frais réels ** 100% des frais réels dans la limite du ticket modérateur 100% des frais réels (pour établissements RFH) ou 100% des frais réels dans la limite de 34,50 euros/jour dans la limite de 2,5% du plafond mensuel de la SS/jour

* plafond mensuel de la sécurité sociale en 2005 : 2516 euros

** forfait hospitalier : 14 euros par jour en 2005, 15 euros en 2006, 16 euros en 2007

*** par personne et par an

mutuelle générale

La Mutuelle Générale (chiffres 2004)

concerne les fonctionnaires

Ex mutuelle générale des PTT, elle est la mutuelle à laquelle adhéraient traditionnellement les fonctionnaires. L'adhésion est individuelle, contrairement au système de contrat collectif qui concerne obligatoirement tous les salariés de droit privé.

 Pour les fonctionnaires détachés qui quittent le système de l'adhésion volontaire pour passer sur le contrat collectif, voir p.180.

L'application de la loi sur l'assurance maladie à partir du 1er juillet 2005 a des conséquences sur certains remboursements de la mutuelle, notamment le prélèvement de 1 euro par consultation, la mise en place du parcours de soin. Voir le site www.mg.com.fr.

Taux de cotisation

Le montant de la cotisation santé est calculé en fonction du niveau de garantie et de l'âge. Une prime de fidélité, pouvant atteindre 25% de réduction (1% par an) a été intégrée pour fidéliser les adhérents.

La cotisation santé évolue en fonction du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), +3,4% en 2003.

La cotisation augmente de 15% par enfant à charge, elle est gratuite à partir du troisième enfant. Le conjoint est pris en charge moyennant une cotisation égale à 50% de votre cotisation si ses revenus sont inférieurs à 2 432€ (revenu 2002 après déduction des 10 et 20 %).

La garantie incapacité/invalidité a été portée en 2003 à 0,73 % du traitement indiciaire brut.

Trois niveaux de garantie

Seul le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques est affecté par le choix d'un des trois niveaux. L'hospitalisation et la chirurgie ne sont pas différentes selon les niveaux. Ce sont ces prestations que nous présentons ici.

Les autres prestations : naissance, garantie-décès, aides diverses sont identiques dans tous les cas.

Le tableau ci-dessous doit permettre d'effectuer son choix à partir de la comparaison du niveau des principales prestations.

Sud

mutuelle générale

- le niveau 1 se limite au minimum des prestations courantes sans même couvrir 100% des médicaments.
- le niveau 2 qui correspond à l'ancien niveau unique, s'avère le minimum indispensable pour une famille.
- le niveau 3 accorde de substantielles améliorations dans les domaines les moins bien remboursés par la Sécu et couvre les dépassements d'honoraires.

	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3	
	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Soins médicaux						
Honoraires des médecins généralistes et spécialistes, radiologie	30%	100%	30%	100%	30% et 50%	150%
Majoration pour visite à domicile répondant à une exigence du patient	néant					
Actes effectués par :						
- les sages femmes	30%	100%	30%	100%	30%	100%
- infirmiers, kiné, orthophonistes, orthoptistes, pédicures médicaux	30%	90%	40%	100%	40%	100%
Examens de laboratoire	30%	90%	40%	100%	40%	100%
Examen d'ostéodensimétrie	néant		31 €		31 €	
Transport, cures thermales	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Transport pris en charge par la sécu	30%	95%	35%	100%	35%	100%
Etablissement thermal	néant	65%	35%	100%	35%	100%
Forfait hébergement :						
- pris en charge par la sécu	néant	65%	85%	150%	85%	150%
- non pris en charge par la sécu	néant		85 %		85%	

	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3	
Pharmacie et accessoires	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Pharmacie et accessoires - remboursés par la sécu à 65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
- remboursés par la sécu à 35%	35%	70%	65%	100%	65%	100%
Fourniture d'orthopédie	30%	95%	35%	100%	85%	150%
Fourniture de petit appareillage	30%	95%	35%	100%	35%	100%
Prothèse capillaire et mammaire :						
- prise en charge par la sécu	30%	95%	35% +153€	35% +153€	35% +153€	35% +153€
- non prise en charge par la sécu	néant		153 €		153 €	
Contraceptif oral non remboursé par la sécu (prescription médicale)	28 € par année civile					
Dentaire	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Prothèse dentaire fixe (ex : couronne) - incisives, canines et 1ères prémolaires	32€	70% +32€	296€	70% +296€	349€	70% +349€
- autres dents	32€	70% +32€	107€	70% +107€	161€	70% +161€
Prothèses mobiles et autres	30%	100%	200%	270%	250%	320%
Soins dentaires	30%	100%	30%	100%	80%	150%
Orthodontie - prise en charge par la sécu	néant	100%	65%	165%	100%	200%
- non prise en charge par la sécu	néant		100%		100%	
Implant après accord de la MG	néant		550€		700€	

	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3	
	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Acoustique						
Appareil, fournitures, entretien et réparations pris en charge par la sécu (par oreille)	30%	95%	255%	320%	355%	420%
Optique	MG	SS+MG	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Par verre :						
. simple	15€	65% +15€	28€	65% +28€	41€	65% +41€
. moyen	36€	65% +36€	65€	65% +65€	87€	65% +87€
. complexe	63€	65% +63€	117€	65% +117€	135€	65% +135€
Monture :						
- forfait jusqu'au 31/12 de l'année des 18 ans	20€	65% +20€	35€	65% +35€	65€	65% +65€
- forfait à compter du 01/01 de l'année des 19 ans	25€	65% +25€	45€	65% +45€	85€	65% +85€
Lentilles :						
- prises en charge par la sécu	30% +46€	95% +46€	350% +62€	415% +62€	350% +154€	415% +154€
- non prises en charge par la sécu	46€	62€	154€			
Prothèses oculaires	30%	130%	350%	450%	350%	450%
Chirurgie réfractive de l'œil	néant		200€		275€	
Lunettes	une paire par an pour les adultes, deux paires pour les enfants (sauf dioptrie supérieure 0,50)					

mutuelle générale

Hospitalisation	NIVEAU 1, 2 et 3			
	Etablissements avec convention avec mutualité FP		Etablissements sans convention avec mutualité FP	
	MG	SS+MG	MG	SS+MG
Frais de séjour	frais réels (limite de la convention)		20%	100%
Chambre particulière			27 à 30€ selon dpt	
Accompagnement enfant			25€/jour d'accomp.	
Forfait journalier	14€	14€	14€	14€
Ds service de psychiatrie	10€	10€	10€	10€
Honoraires des praticiens		MG	SS+MG	
Praticiens conventionnés		Frais réels (limite de la convention)		
Praticiens non conventionnés				
Hospitalisation prise en charge 80%		40%	120%	
Hospitalisation prise en charge 100%		20%	120%	

La Tutélaire

Elle vient en complément de la MG dans les situations extrêmes et les actions d'entraide.

Principales prestations (chiffres 2004)

4,57 € par jour en cas de demi-traitement, 6,10 € par jour sans traitement, indemnités de convalescence pour opérations chirurgicales à partir de KC 30, allocation de 36,59 € en cas de maternité, de paternité ou d'adoption, secours exceptionnels, capital de 500 à 2000 € selon l'âge en cas de décès, 7,62 €/jour pour les congés d'accompagnement d'une personne en fin de vie et de présence parentale...

Cotisation

Elle varie en fonction de l'âge et de la situation de l'adhérent (actif, retraité, hors activité ou enfant à charge d'un adhérent).

Adresse : 47 rue Eugène-Oudiné, 75013 Paris. Tél. 01 44 06 89 79, e-mail : contact@tutelaire.fr

Sud